

DOMNULE PRIMAR

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_ domiciliat(a) in  
Comuna ROBANEȘTI ,sat. \_\_\_\_\_ ,jud.Dolj,nascut(a)  
la data de \_\_\_\_\_ in localitatea \_\_\_\_\_ fiul lui  
\_\_\_\_\_ si al \_\_\_\_\_ posesor al BI/CI seria \_\_\_ nr \_\_\_\_\_  
eliberat de \_\_\_\_\_ la data de \_\_\_\_\_ ,curator al  
numitei \_\_\_\_\_ persoană cu handicap  
grav , în baza certificatului nr. \_\_\_ din \_\_\_\_\_ emis de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ solicit încadrarea ca asistent personal .

Data \_\_\_\_\_

Semnatura \_\_\_\_\_

Domnului Primar al Comunei Robanesti , judetul Dolj

## DOMNULE PRIMAR

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_ domiciliat(a) in \_\_\_\_\_, jud. Dolj, nascut(a) \_\_\_\_\_  
la data de \_\_\_\_\_ in localitatea \_\_\_\_\_ fiul lui \_\_\_\_\_  
și al \_\_\_\_\_ posesor al BI/CI seria \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_  
eliberat de Politia \_\_\_\_\_ la data de \_\_\_\_\_, curator  
al \_\_\_\_\_ persoană cu handicap grav, în baza  
certificatului nr. \_\_\_\_\_ din \_\_\_\_\_ emis de \_\_\_\_\_ optez pentru a  
primi indemnizatia lunara, acordata conform prevederilor Legii nr. 448/2006,  
privind protectia si promovarea drepturilor persoanelor cu handicap.

Data \_\_\_\_\_

Semnatura \_\_\_\_\_

Domnului Primar al Comunei Robanesti, judetul Dolj

## Domnule Primar

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_, domiciliat(a) in  
Deva str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_,  
posesor al BI/CI seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, eliberat de \_\_\_\_\_ la data  
de \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_ reprezentant legal / curator / tutore  
conform actului nr. \_\_\_\_\_, al domnului (ei)  
\_\_\_\_\_ bolnav(a) cu handicap grav conform  
certificatului de incadrare in grad de handicap nr. \_\_\_\_\_, in  
conformitate cu prevederile Legii nr. 448/2006 privind protectia si promovarea  
drepturilor persoanelor cu handicap, republicata, cu modificarile si completarile  
ulterioare, va rog sa-mi aprobati prelungirea indemnizatiei lunare pentru persoana cu  
handicap grav.

Data

Semnatura

## Domnule Primar

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_, domiciliat(a) in  
Deva str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_,  
posesor al BI/CI seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, eliberat de \_\_\_\_\_ la data  
de \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_ reprezentant legal / curator / tutore  
conform \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ al domnului (ei)  
\_\_\_\_\_, bolnav(a) cu handicap grav conform  
certificatului de incadrare in grad de handicap nr. \_\_\_\_\_, in  
conformitate cu prevederile Legii nr. 448/2006 privind protectia si promovarea  
drepturilor persoanelor cu handicap, republicata, cu modificarile si completarile  
ulterioare, va rog sa-mi aprobatii obtinerea indemnizatiei lunare pentru persoana cu  
handicap grav.

Data

Semnatura